UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 26**

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE
CANCER DE LA LANGUE
CHEZ LES JEUNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Janvier 1912

PAR

Jean MONOT

Né à Lambezellec-Brest, le 27 février 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse	FORGUE, Professeur, *Président*.	
	ESTOR, Professeur	*Assesseurs*
	RICHE, Agrégé	
	MASSABUAU, Agrégé	



MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1912

LE CANCER DE LA LANGUE
CHEZ LES JEUNES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER **N° 26**

FACULTÉ DE MÉDECINE

LE CANCER DE LA LANGUE CHEZ LES JEUNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Janvier 1912

PAR

Jean MONOT

Né à Lambezellec-Brest, le 27 février 1887

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse:
FORGUE, Professeur, *Président.*
ESTOR, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé
} *Assesseurs*



MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette
1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱)............	DOYEN.
SARDA..................	ASSESSEUR.
IZARD..................	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale..............................	MM. GRASSET (✱). Chargé de l'enseigt de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale..........................	TEDENAT (✱).
Clinique médicale..............................	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale..............................	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.........	GRANEL.
Clinique chirurgicale..........................	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.......................	TRUC (✱).
Chimie médicale...............................	VILLE.
Physiologie....................................	HEDON.
Histologie.....................................	VIALLETON.
Pathologie interne.............................	DUCAMP.
Anatomie......................................	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie......	ESTOR.
Microbiologie..................................	RODET.
Médecine légale et toxicologie...................	SARDA.
Clinique des maladies des enfants................	BAUMEL.
Anatomie pathologique..........................	BOSC.
Hygiène.......................................	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales............	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale...........................	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale................	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT, HAMELIN (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe........................	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique....................	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements............................	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..........	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.......................	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.

Examinateurs de la thèse :

MM. FORGUE, *Président.*	MM. RICHE, *Agrégé.*
ESTOR, *Professeur.*	MASSABUAU, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. MONOT.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS RICHE ET MASSABUAU

J. MONOT.

AVANT-PROPOS

A la veille de terminer nos études, nous ne saurions oublier la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers tous ceux qui par leur enseignement, leurs conseils et leur amitié, ont contribué à notre formation médicale.

Nos remerciements s'en vont tout d'abord à MM. les professeurs de l'Ecole de médecine de Rennes, où nous avons passé quatre années qui furent parmi les plus agréables de notre vie d'étudiant ; nous nous souviendrons spécialement toujours avec reconnaissance des années d'externat passées chez M. le docteur Dayot, professeur de clinique chirurgicale, chez M. le docteur Millardet, professeur de clinique médicale, et chez M. le docteur Bodin, professeur de clinique dermatologique.

Nous remercions également MM. les professeurs de la Faculté de Montpellier du bon accueil qu'ils nous ont réservé, et en particulier M. le professeur agrégé Massabuau, qui, avec la plus grande amabilité, nous a inspiré notre travail, et nous a tout le temps aidé de ses bienveillants conseils et de son expérience.

Merci aussi à M. le professeur agrégé Riche et à M. le professeur Estor, dont nous avons pu apprécier personnellement la bienveillance, d'avoir consenti à faire partie de notre jury.

Enfin que M. le professeur Forgue nous permette de lui exprimer toute notre respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

LE
CANCER DE LA LANGUE
CHEZ LES JEUNES

INTRODUCTION

En parcourant les nombreux ouvrages qui traitent du cancer de la langue, il est aisé de constater avec un peu d'attention que cette maladie est surtout fréquente chez les vieux, alors que les lésions cancéreuses de cet organe sont beaucoup plus rares chez les jeunes.

D'ailleurs le rôle de l'âge dans l'étiologie du cancer a été diversement interprété suivant les auteurs et les époques. Ces variations ne sont pas pour étonner si l'on songe aux manières bien différentes dont le mot lui-même a été compris.

Dans son acception primitive il désignait tout ce qui était tumeur maligne ; on comprenait sous ce mot les sarcomes aussi bien que les épithéliomes, et, bien que parfois les premiers fussent appelés cancers des jeunes,

les seconds étant alors désignés sous le nom de cancer tout court, la confusion n'en était pas moins inévitable.

Pour certains auteurs même, ce terme était encore plus compréhensif et englobait tous les cas d'ulcères plus ou moins torpides, depuis l'ulcération tuberculeuse jusqu'aux gommes syphilitiques.

L'on conçoit donc combien, pour apprécier sainement l'influence d'un facteur étiologique, il était indispensable de s'entendre d'abord sur cette question de mots, surtout aujourd'hui où l'anatomie pathologique permet le démembrement et la classification rationnelle des tumeurs malignes.

En fait, s'il est une idée bien répandue, c'est évidemment celle qui tend à faire du cancer épithélial, et du cancer de la langue en particulier, l'apanage de la vieillesse, une maladie de l'âge avancé. Les auteurs classiques ne sont pas sans doute très affirmatifs à ce sujet. Gendrin, dans sa thèse d'agrégation, soutenait bien qu'on ne rencontrait jamais le cancer dans la jeunesse ; mais les auteurs qui suivirent admettent le cancer des jeunes et certains lui accordent une réelle importance, soit que les statistiques mal établies aient influencé leur manière de voir, soit qu'ils fassent concession à cette loi : qu'il n'est rien d'absolu en médecine et qu'il n'y a pas de règles sans exceptions, — mais lorsqu'ils pénètrent plus avant dans le sujet et qu'ils abandonnent les généralités et les détails étiologiques, ils acceptent tous, comme un axiome irréfutable, l'impossibilité du cancer chez les jeunes, et, arrivés au chapitre du diagnostic, c'est toujours la notion d'âge qui vient trancher la question embarrassante ; — on repousse l'idée de cancer quand le sujet est jeune et on remet à une date ultérieure, trop souvent tardive, l'extirpation qui, aujourd'hui encore, est le seul traitement de

la terrible maladie, encore que les résultats obtenus soient maintes fois illusoires.

Dans notre travail, nous rapporterons quelques-unes de ces observations malheureusement trop nombreuses, où la jeunesse du sujet vient rendre encore plus tragique l'évolution de l'inexorable maladie. Nous n'aurons en vue que le cancer de la langue jusqu'à 30 ans, car c'est jusqu'à cet âge qu'il est surtout rare, tandis qu'après 30 ans, « il n'y a plus d'immunité contre cette maladie ».

Nous étudierons successivement :

L'étiologie ;

L'anatomie pathologique ;

La symptomatologie et l'évolution ;

Le diagnostic ;

Le traitement.

essayant de mettre en relief, à propos de chacun de ces chapitres, les particularités qui caractérisent le cancer de la langue chez les jeunes.

ÉTIOLOGIE

Il est facile de comprendre combien il serait important, pour établir le rôle exact de l'âge dans l'apparition du cancer de la langue, d'être fixé d'une façon certaine sur la nature même de la maladie, ou tout au moins sur l'ensemble des conditions qui en favorisent l'éclosion. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, la solution de ces problèmes passionnants à plus d'un titre nous est totalement inconnue. Nous ne pouvons que constater des faits, les rassembler, les comparer, en tirer des déductions et émettre des hypothèses. Nous nous contenterons donc de passer rapidement en revue les différents facteurs étiologiques que les auteurs ont invoqués pour expliquer le cancer de la langue en général.

Fréquence. — La langue a toujours été considérée comme un organe de prédilection pour les localisations cancéreuses. D'après les données de A. Heurtaux, l'épithéliome lingual se développerait 22 fois sur 100. Th. Anger, d'après les registres de l'état civil de la ville de Paris, fixe au douzième la proportion du cancer de la langue comparée à celle des autres organes. Mais ces

auteurs n'ont en vue que le cancer de la langue en général. Il eût été intéressant de connaître la proportion de cette maladie jusqu'à l'âge de 30 ans seulement. Nous avons cherché s'il n'existait pas quelque part une statistique à ce sujet. Malheureusement nous n'avons à peu près rien trouvé. Nous pouvons seulement conclure que c'est là une lésion très rare chez les jeunes, et, dans les nombreux ouvrages que nous avons consultés, nous n'avons pu recueillir qu'une quinzaine d'observations à ce sujet. Voici d'ailleurs l'opinion de Butlin : « La jeunesse, dit-il, paraît être absolument à l'abri du carcinome de la langue ; et la maladie est même si rare avant l'âge de 30 ans qu'on pourrait presque en dire autant des jeunes adutes. Parmi les 80 cas dont je viens de parler (et dont on trouvera la table dans mon livre sur le sarcome et le carcinome), on ne cite que deux exemples de malades de moins de 30 ans, et tous deux en avaient 29. Un des malades cités et opérés par Barker avait, il est vrai, 26 ans, et, sur la table des âges qu'il a dressée d'après les statistiques de différents auteurs, 8 d'entre les 290 malades avaient de 20 à 30 ans ; mais leur âge précis n'est pas donné, de sorte qu'il est permis de croire qu'ils approchaient de la trentaine. Après cet âge, il n'y a plus d'immunité contre la maladie ; mais c'est surtout entre 40 et 60 qu'on rencontre le plus grand nombre de cas, et, bien que la proportion soit de beaucoup la plus grande entre 45 et 50 ou encore entre 50 et 55, l'ensemble de cas se répartit d'une façon assez égale sur la période de la vie qui s'étend de 40 à 60 ans. Une des raisons, sinon la principale, du plus petit nombre de cas de la maladie après l'âge de 60 ans est probablement la suivante : le nombre de gens qui dépassent la soixantaine étant beaucoup plus petit, il en reste bien moins d'exposés aux

atteintes du mal. Il existe, sans aucun doute, de nombreuses raisons pour que le mal soit plus fréquent chez les adultes que chez les enfants ; la fumée de tabac, les boissons alcooliques, la syphilis de la langue, l'absorption d'aliments épicés, la déchirure et l'irritation produites par les dents cariées et ébréchées, toutes causes plus ou moins directes du carcinome, sont infiniment plus fréquentes chez les adultes que chez les enfants. Mais malgré tout cela il n'est pas facile de comprendre pourquoi la maladie ne se montre jamais aux premiers âges de la vie, et si rarement chez les jeunes adultes. A toutes les autres causes, il faut probablement ajouter une prédisposition de l'épithélium à subir la transformation carcinomateuse à partir d'un certain âge. Cet état de l'épithélium doit être intimement lié à l'âge, car il paraît absolument impossible de le faire naître dans la jeunesse ; et cependant les causes propres à son éclosion doivent exister parfois chez des personnes n'ayant pas l'âge auquel cette maladie s'adresse plus spécialement ; nous n'en voulons pour preuve que le nombre très restreint, il est vrai, d'exemples de la maladie avant l'âge de 30 ans. Cette prédisposition toute spéciale de l'épithélium peut se comparer, au point de vue de l'âge, à l'athérome des artères, et à d'autres processus de dégénérescence plus connus. »

Sexe. — D'après de nombreuses statistiques, il paraît bien que le cancer de la langue chez les vieux soit surtout le privilège du sexe masculin. Alexandre Marsden, chirurgien de l'hôpital des cancéreux de Londres, trouve 539 cas de cancer de la langue chez l'homme et 234 chez la femme. Otto-Just, sur 72 observations, note 49 cas chez l'homme et 20 chez la femme. Th. Anger, sur 19[illegible] observations qui servent de base à sa thèse d'agrégation

compte 154 hommes et 30 femmes ; dans 13 cas le sexe n'est pas indiqué. Butlin pense que cette disproportion énorme n'est pas due à l'influence du sexe lui-même, mais à celle des causes prédisposantes au carcinome lingual, telles que la fumée de tabac, les boissons alcooliques, les effets de la syphilis linguale, qui sont autant de lésions beaucoup plus communes chez l'homme que chez la femme.

Chez les jeunes, au contraire, à s'en rapporter aux statistiques des auteurs, les deux sexes, on ne sait pourquoi, semblent être également atteints. S'il fallait même s'en rapporter à nos observations, nous conclurions que cette affection est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; car, sur 15 observations que nous avons recueillies, 3 seulement se rapportent à des hommes et 12 à des femmes.

Hérédité. — Le rôle de l'hérédité comme facteur étiologique du cancer de la langue a été beaucoup discuté. Bien que nous ne le trouvions qu'une seule fois mentionné dans nos observations, nous pensons cependant qu'on ne doit pas le négliger complètement, surtout dans le cancer lingual des jeunes où les autres facteurs étiologiques sont déjà assez obscurs. D'ailleurs Heurtaux et Paget ont trouvé des antécédents héréditaires évidents dans beaucoup de cas.

Diathèses. — La question d'hérédité devait fatalement suggérer l'idée de diathèse. Ici encore le débat est loin d'être clos.

Tandis que Bazin, Isambert, regardent le cancer épithélial comme une manifestation tardive, une sorte d'aboutissant de l'arthritisme et de l'herpétisme, Hardy se refuse à voir dans les manifestations herpétiques des futurs cancéreux autre chose qu'un signe de prédispo-

sition, et à admettre la moindre identité de nature entre le cancer et les diathèses envisagées.

Pour Quenu, il n'y aurait pas de diathèse cancéreuse à proprement parler ; mais toute maladie diathésique capable de troubler gravement et de dévier la nutrition des éléments anatomiques constituerait un sérieux élément de prédisposition.

La tuberculose et la syphilis ont été également invoquées comme éléments étiologiques de l'épithéliome lingual. Nous les trouvons certainement mentionnées très souvent dans les antécédents du cancer de la langue chez les vieux, surtout la syphilis. Mais, comme le dit Butlin, elles ne prédisposent au cancer de la langue que parce qu'elles y produisent des ulcères et des cicatrices qui, étant ensuite soumis à des irritations continues, peuvent plus tard devenir des ulcères cancéreux. En ce qui concerne l'épithéliome lingual des jeunes, nous devons dire que, dans nos quinze observations, nous ne trouvons nulle part d'antécédents syphilitiques, bien qu'ils aient pourtant été recherchés avec soin. Nous n'avons également trouvé aucun antécédent tuberculeux bien net ; tout au plus pourrait-on soupçonner cette maladie chez le père et les frères des malades de l'observation III.

Irritations locales. — La langue, en raison de la situation qu'elle occupe et des diverses fonctions qui lui sont dévolues, est exposée à une infinité de lésions dont les plus nombreuses sont les irritations de nature mécanique ou chimique.

a) Les irritations mécaniques proviennent surtout des dents à vives arêtes ou cariées ; elles sont dues aussi à des morsures, à des lésions accidentelles produites dans la bouche par un objet tranchant ou piquant : tel

qu'un cure-dents, etc. Dans certains cas on peut aussi incriminer l'action nocive d'un râtelier artificiel mal ajusté. Butlin indique que l'irritation continue d'une dent peut donner naissance à une grosseur nodulaire qui ne s'ulcère pas toujours. Mais, dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi, et il est fréquent de trouver à l'origine d'un cancer lingual une érosion indolente ou peu douloureuse, causée et entretenue par une dent rugueuse, ou un râtelier artificiel défectueux (Obs. VIII et suivantes). Jessett mentionne comme cause occasionnelle, et en cite un exemple, l'habitude malpropre qu'ont certaines personnes de ne jamais nettoyer leurs fausses dents, sur lesquelles s'accumulent le tartre et des matières étrangères qui peuvent déterminer une ulcération linguale.

La plus grande fréquence de la lésion sur les bords de la langue, plus exposés ainsi que la pointe à l'action traumatique des dents rugueuses, est encore une preuve de plus de l'action nocive de cette cause d'irritation.

b) Parmi les irritations chimiques on peut citer l'abus de l'alcool, des épices, des eaux dentifrices, une nourriture grossière, etc. Mais la plus généralement incriminée est, sans conteste, celle qui résulte de l'usage du tabac à fumer, et c'est ce qui expliquerait d'après certains auteurs la rareté du cancer de la langue chez la femme. C'est là probablement une cause qui intervient assez souvent dans le cancer de langue chez les vieux sujets prédisposés à cette affection (Bouisson). Nous ne pensons pas qu'elle ait une bien grande influence dans l'apparition du cancer lingual chez les jeunes. La plupart de nos observations se rapportent, en effet, à des jeunes gens qui n'ont pas encore eu le temps

de faire grand usage du tabac, ou à des femmes qui, elles, ne s'en servent pas du tout. D'ailleurs nous savons que dans le Finistère (Carhaix) et dans le pays de Galles, où les femmes ont coutume de fumer, cette affection n'est que très rarement signalée.

Nous voyons donc, en parcourant les différents facteurs étiologiques du cancer de la langue, que ceux-ci diffèrent un peu chez les jeunes sujets. Alors qu'après 30 ans on pourrait surtout incriminer la tuberculose, la syphilis, l'usage du tabac, ici il nous faudrait plutôt penser aux irritations mécaniques locales, et peut-être à l'hérédité ou à une influence diathésique quelconque.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au moment de la publication des remarquables études sur le cancer que l'on doit à Walshe, Virchow, Broca, Lebert, on se contenta d'appliquer à la langue les notions générales sorties de ces divers travaux et l'on décrivit, à la langue comme ailleurs, le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer colloïde, le cancer mélané et le cancer épithélial.

Lebert, dans son grand atlas d'anatomie pathologique, ne parle déjà plus que de l'encéphaloïde et du cancer épithélial dont il soupçonne la plus grande fréquence.

Paget déclare n'avoir jamais observé d'autre forme que le cancroïde.

« De nos jours, dit Th. Anger, il semble qu'une idée domine tous les doutes, à savoir que le cancer épithélial est sans aucun doute celui qui s'observe le plus généralement. »

Ce cancer, chez les jeunes, ne semble pas avoir de forme ni de structure bien spéciales. C'est l'épithélioma classique qui se développe aux dépens des couches profondes de l'épithélium de la muqueuse. La manifes-

tation première en est variable; c'est par une petite tumeur située dans l'épaisseur même de la muqueuse que se fait le début, ou encore par une crevasse, une fente, une hypertrophie papillaire limitée à la surface.

Au cours du développement de la tumeur son sommet s'ulcère, et l'ulcération revêt la forme d'une excavation de plus ou moins grande étendue, fongueuse parfois et à bords renversés au dehors ; parfois aussi l'ulcération est plate (Obs. IV). A sa surface on note à la fois des bourgeons et des points anfractueux. Les bords en sont irréguliers, durs à la palpation. Le plancher buccal ne tarde pas à participer à la lésion : la région sous-maxillaire se tuméfie, les ganglions s'engorgent, se ramollissent, et à leur niveau la peau s'amincit, rougit et donne parfois issue à une sérosité jaunâtre et grumelleuse. Il convient cependant de faire remarquer que parfois la muqueuse buccale reste saine (Obs. III) et qu'on ne note pas toujours de tuméfaction du côté des ganglions sous-maxillaires (Obs. I, III, V, VI).

SYMPTOMATOLOGIE ET ÉVOLUTION

De même que l'anatomie pathologique, la symptomatologie du cancer lingual chez les jeunes ne semble pas avoir un cachet bien spécial.

A l'exemple de Th. Anger, dans sa thèse d'agrégation, nous diviserons la symptomatologie en trois périodes : celle du début, celle de l'ulcération et celle de l'infection ganglionnaire.

Dans la première période, le néoplasme n'a pas une physionomie bien nette et ne possède pas, peut-on dire, un seul caractère qui lui soit propre. On constate tout au plus à la pointe ou sur les bords de l'organe la présence d'une petite tumeur incluse dans la muqueuse, ou bien une fente, une crevasse, une légère fissure, mais tout cela n'a rien de caractéristique. D'ailleurs le médecin observe rarement ce début de l'affection ; elle est plutôt montrée au dentiste à l'occasion d'une dent cariée. Mais le mal persistant toujours, ou progressant même après l'ablation de cette dent, le malade s'inquiète et va alors trouver le médecin. Et, quand celui-ci est consulté, l'affection a déjà acquis un développement assez considérable pour amener des troubles fonctionnels importants. La

parole et surtout la mastication sont alors douloureuses, la déglutition est notablement gênée, la douleur devient lancinante, vive et irradiée aux oreilles (Obs. I, III et suivantes) ; et l'on constate en même temps sur les bords de la langue l'existence d'une nodosité mûriforme ou sous-muqueuse, à base indurée dans le premier cas, empâtée et sans limites précises dans le second. La langue est notablement augmentée de volume et la bouche est inondée d'une salive abondante et visqueuse que le malade expulse péniblement (Obs. VI).

Mais ici nous entrons déjà dans la période d'ulcération, car il est extrêmement rare qu'un cancer de la langue parcoure toutes ces phases sans s'ulcérer. La tendance à l'ulcération est en effet l'un des caractères essentiels de l'épithéliome lingual. Th. Anger dit qu'il n'a jamais pu trouver aucune observation où le mal abandonné à lui-même n'ait fini par présenter cette particularité. Cette ulcération est unique dans la grande majorité des cas ; cependant il n'est pas rare d'en trouver plusieurs petites à la surface d'un nodus, comme l'a observé Velpeau (Obs. VIII). Elle est tantôt fongueuse et bourgeonnante, tantôt rongeante. Dans le premier cas la langue est généralement énorme, mamelonnée, rougeâtre, portant à sa surface l'empreinte des dents et surmontée de gros champignons qu'entoure un bourrelet muqueux, à bords déchiquetés et renversés. Dans le second cas, au contraire, on a affaire à une véritable excavation creusée dans l'épaisseur de l'organe et à grand diamètre parallèle au bord libre. Les bords de cette excavation sont épaissis, saillants, déchiquetés, renversés en dehors ou recourbés en dedans, ou bien encore quelquefois taillés à pic, comme si l'on eût enlevé une partie de la langue à l'emporte-pièce. Le fond en est grisâtre, recouvert de

débris sphacélés baignant dans un ichor jaunâtre et fétide.

Tout autour on aperçoit souvent des points blancs dont la pression fait sourdre des vermiothes (Obs. II). Parfois on aperçoit également des points jaunes en nombre variable et gros comme un grain de plomb, ce qui pourrait faire songer à la tuberculose (Obs. III). Puis, la salivation devient encore plus abondante, et, au fur et à mesure que l'ulcère s'agrandit, on voit apparaître des hémorragies qui vont depuis de toutes petites pertes rouges jusqu'à de véritables suffusions sanguines.

Enfin dans la troisième période de la maladie on voit les ganglions se prendre, non pas seulement du côté atteint, mais quelquefois aussi du côté opposé. Cet engorgement ganglionnaire est presque la règle ; cependant dans quelques-unes de nos observations on a noté son absence (Obs. I, III, V, VI).

Quand il existe, on trouve alors, au-dessous du bord du maxillaire inférieur, dans la région sus-hyoïdienne, sur les parties latérales du cou, ou dans le voisinage de la glande sous-maxillaire, de petites tumeurs d'abord dures, de consistance ferme, mais qui ne tardent pas à se ramollir et à s'ouvrir à l'extérieur après avoir ulcéré le tégument. Les douleurs à ce moment deviennent plus lancinantes et plus vives que jamais, et le patient se trouve alors dans cet état lamentable bien connu de tout clinicien, que l'on appelle la cachexie cancéreuse.

Evolution. — Tout cancer de la langue abandonné à lui-même aboutit rapidement à la mort. Celle-ci survient dans une cachexie profonde que viennent encore aggraver l'inanition, la salivation abondante, les douleurs lancinantes.

Dans quelques cas, une hémorragie foudroyante pro-

venant de l'ulcération de la linguale, la broncho-pneumonie ou la généralisation du processus cancéreux (Obs. VI) viennent encore abréger la vie de quelques-uns.

Il eût été intéressant de comparer la marche du cancer lingual chez les jeunes et chez les vieux. Malheureusement les observations recueillies par nous ne portent pas généralement de renseignements relatifs à la durée. Cependant tous les auteurs sont d'accord pour dire que, d'une façon générale, le pronostic du cancer lingual chez les jeunes est rendu plus sombre et plus réservé du fait même que la maladie a une tendance plus marquée chez eux à revêtir une forme aiguë, à marche rapide.

DIAGNOSTIC

La vie du malade dépend de la précocité du diagnostic. Comme dit Barleing : « en matière de cancer la précocité du diagnostic est une des conditions essentielles du succès ; l'ablation totale du néoplasme en est une autre. » Et, en effet, les quelques succès opératoires que l'on a pu enregistrer en ce qui concerne le cancer de la langue ont toujours été dus à une ablation totale précédée d'un diagnostic précoce. Mais ce diagnostic, comme nous allons le voir, est bien souvent hérissé de difficultés.

Quand un malade, porteur d'une ulcération linguale, se présente au médecin, les trois hypothèses qui viennent tout de suite à l'esprit du praticien sont les suivantes : syphilis ; tuberculose ; cancer. Et encore commence-t-il généralement par éliminer cette dernière affection si le sujet a moins de 30 ans, enlevant ainsi à son client, si nous pouvons nous exprimer ainsi, sa meilleure chance de succès opératoire. Dans une question aussi importante pour la vie du malade, il est donc de toute nécessité, au risque d'encourir les plus lourdes responsabilités, de ne se prononcer qu'après avoir envi-

sagé toutes les hypothèses et accumulé preuves sur preuves. D'ailleurs, dans les cas douteux, il sera toujours prudent, quand on le pourra, d'avoir recours à l'examen microscopique qui, lui, fixera le diagnostic. Envisageons donc rapidement les principaux problèmes de diagnostic que pose l'apparition d'une tumeur à la langue.

La syphilis est, sans contredit, la maladie qui offre la plus grande difficulté de diagnostic avec le cancer de la langue, et cependant c'est sur ce diagnostic que reposent les déterminations toujours fort graves que le médecin devra prendre relativement au choix du mode de traitement.

La syphilis peut se montrer sous la forme de chancre, de gommes ou de plaques muqueuses. Le chancre, par sa période d'incubation, sa réparation facile, son aspect extérieur, ses ganglions précoces, indolents et sans tendance à la suppuration ; les plaques muqueuses, par leur absence de douleurs, et la coexistence presque générale d'accidents secondaires sur d'autres parties du corps, et les gommes, d'abord dures et déformant la langue qui semble « bourrée de noisettes », seront d'un diagnostic relativement facile. D'ailleurs les douleurs lancinantes, avec irradiations vers l'oreille, sont des signes qui n'appartiennent qu'à l'épithéliome et le différencient suffisamment des affections syphilitiques. Cependant la gomme ulcérée, avec son fond jaunâtre et bourbillonneux, sa base indurée et ses bords taillés à pic, est d'un diagnostic plus délicat ; on se souviendra alors que, dans l'épithéliome, l'affection est presque toujours limitée à un côté, que son induration est plus franche, sa surface plus saignante ; tandis que les gommes ulcérées sont souvent multiples, n'offrent pas de ganglions et saignent peu. Mais encore est-il sou-

vent impossible de faire le diagnostic entre ces deux lésions. Doit-on alors avoir recours au traitement « pierre de touche » qui fait disparaître rapidement les lésions syphilitiques ? Larrey et Théophile Anger se sont élevés contre cette pratique, et pensent que l'administration des mercuriaux accélère notablement la marche du cancer. C'est possible et même probable ; mais comme c'est souvent là le seul moyen de diagnostic différentiel que nous ayons à notre disposition, il faut bien y avoir recours. Mais alors il faut, comme le recommande M. le professeur Forgue, se borner à donner l'iodure pendant deux semaines au plus. Si la lésion ne se répare pas à vue d'œil on doit cesser, et pratiquer l'ablation aussitôt.

L'ulcération tuberculeuse de la langue au contraire serait, d'après les classiques, d'un diagnostic très facile, où l'erreur n'est même pas possible. « Il suffit, dit Th. Anger, d'avoir vu les ulcérations tuberculeuses, ou seulement lu leur description, pour éviter une erreur qui n'est possible que dans les livres. » Pour ces auteurs, ces ulcérations auraient des caractères tout à fait spécifiques avec leur base non indurée et leurs points jaunes de Trélat. Il suffira de lire l'observation empruntée à Variot (Obs. III), où nous voyons MM. Hallopeau et Chauffard se tromper eux-mêmes, pour savoir jusqu'à quel point il faut se fier à ces signes.

L'actinomycose peut aussi parfois simuler le cancer et le laboratoire seul est à même de le démasquer.

Enfin, l'épithéliome lingual à son début pourrait encore être confondu avec un lipome ou un fibrome. Ici la difficulté de diagnostic semble surtout résider dans la rareté de ces dernières tumeurs à la langue, car on pourrait, dans un cas donné, n'y point songer.

En revanche, ils ont des caractères de limitation, de consistance, d'indolence et de lenteur d'évolution qui sont autant de signes propres à faire reconnaître leur nature bénigne.

TRAITEMENT

Toute thérapeutique, pour être efficace, devrait évidemment s'adresser à la cause même de la maladie; mais pour le cancer, malheureusement, cette cause est jusqu'ici encore restée inconnue, en dépit de toutes les théories émises et des efforts hardis qu'on a tentés dans cette voie. Aussi peut-on dire qu'à l'heure actuelle l'intervention chirurgicale demeure le seul traitement rationnel à opposer aux néoplasies linguales.

Cette intervention doit être toujours radicale, c'est-à-dire que le chirurgien doit toujours se proposer l'ablation complète de la production morbide ; mais elle répond à des indications suffisamment nettes dans leur ensemble et que nous allons maintenant essayer de mettre en relief.

Tout d'abord, comme nous l'avons déjà dit, il faut qu'un diagnostic précoce vienne dépister le mal tout à fait à ses débuts, alors que les lésions sont minimes ou du moins très peu étendues. Même alors il ne faudra pas se contenter d'enlever seulement la partie malade, mais on devra sacrifier également les parties saines environnantes dans l'étendue d'un centimètre au moins,

pour éviter plus sûrement toute récidive. Tant que l'épithélioma n'aura pas dépassé les limites de l'organe pour s'irradier vers le plancher de la bouche, le pharynx ou les piliers du voile du palais, il sera possible anatomiquement d'extirper tout le mal ; mais sa propagation au pharynx ou au larynx constituera une contre-indication presque formelle.

Quant à l'infection ganglionnaire, « elle est généralement considérée comme une complication fâcheuse et de mauvais augure ; et, pour peu qu'elle s'étende, elle devient une contre-indication formelle ». Cependant l'existence d'un ou plusieurs ganglions engorgés, superficiels, mobilisables sur les plans sous-jacents, facilement énucléables, ne devra pas arrêter la main du chirurgien.

Mais, étant données la malignité excessive de cette affection, la fréquence et la rapidité des récidives après l'intervention, puisque la durée moyenne de l'épithélioma lingual abandonné à lui-même est d'un an, et celle de l'épithélioma extirpé et récidivé d'environ 22 mois, on peut se demander si le bénéfice de ces quelques mois de survie légitime l'opération et compense suffisamment les souffrances et les dangers que cette opération fera courir au patient ? A cette question, Th. Anger répond que le chirurgien devra toujours entreprendre l'ablation du cancer, si cette ablation est possible anatomiquement et si ses dangers ne dépassent pas ceux d'une opération réputée bénigne ; et s'abstenir au contraire si l'extirpation comporte les risques des opérations réputées graves.

D'ailleurs le mal ne récidive pas toujours et nous avons dans nos observations quelques exemples de survies assez prolongées. Ainsi la malade de l'observation XIII revue 2 ans après l'opération n'a présenté

aucune récidive, de même que celle de l'observation XIV revue 9 ans après et celle de l'observation XV revue 4 ans après.

Ce ne sont sans doute que de simples survies en général, puisque la grande majorité des chirurgiens ne croient pas à la guérison proprement dite du cancer ; mais il n'en est pas moins vrai que ce sont là des succès opératoires encourageants, et voilà pourquoi Faure a pu dire avec raison : « Il faut, toutes les fois que l'état général du malade le permet, et que l'extirpation totale est chirurgicalement possible, tenter l'extirpation et la tenter encore malgré les revers et malgré les désastres. Dans cette chirurgie de condamnés à mort, une seule résurrection console de cent insuccès. »

OBSERVATIONS

Observation I

(Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Massabuau)

Epithélioma de la langue chez une femme de 19 ans

R... Marie, âgée de 19 ans, domiciliée à Canilhac (Lozère), entrée le 17 août 1911, salle Paulet, n° 4, pour tumeur de la langue.

Antécédents héréditaires. — Père asthmatique ; un frère mort à 31 ans de bronchite (?).

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans, bien réglée ; pas de spécificité.

Début. — Au début de mars 1911, le matin, la malade ne pouvait avaler que difficilement et avait mauvaise

bouche ; ces phénomènes disparaissent au bout d'une ou deux heures.

Vers le milieu d'avril 1911, elle s'est aperçue de l'existence d'un petit bouton sur la partie moyenne du bord gauche de la langue. Cette nodosité, petite comme une lentille, douloureuse au moment de la déglutition, mais ne gênant pas la parole, a augmenté de volume progressivement pour atteindre en juillet le volume d'une amande, et s'ulcère. Depuis cette époque la malade a remarqué de la gêne de la parole et de la déglutition et un peu de douleur. Ces symptômes (gêne de la parole, de la déglutition et douleur) ont augmenté progressivement d'intensité jusqu'à l'état actuel.

Etat actuel. — Douleur au niveau de la tumeur, s'irradiant aux dents supérieures et à l'oreille gauche où elle atteint le maximum d'intensité, empêchant la malade de dormir.

Douleur à la parole qui est beaucoup gênée au point que la malade devient incompréhensible par moments.

Douleur à la déglutition qui est impossible pour les aliments solides à cause de la douleur et du gonflement de la langue.

Fétidité de la bouche, salivation intense.

A l'examen on constate, sur le bord gauche de la langue, à sa partie moyenne, une ulcération grande comme une pièce de 2 francs. Les bords en sont irréguliers et éversés ; le fond est bourgeonnant, recouvert çà et là de débris sphacélés, et repose sur une base indurée qui forme tumeur, mais qui ne dépasse pas en dedans la ligne médiane de la langue. L'ulcération empiète sur la face inférieure de la langue. Pas de retentissement ganglionnaire appréciable. La muqueuse linguale, au voisi-

nage de l'ulcération, ne présente aucune autre lésion appréciable.

La malade accuse un amaigrissement appréciable depuis le début de la maladie. Cependant son facies est bon et légèrement rosé. Pas de troubles du côté des divers appareils.

Le diagnostic clinique de cancer de la langue s'impose; pour enlever les quelques doutes qui subsistent, étant donné le jeune âge de la malade, nous pratiquons une biopsie de l'ulcération. Le fragment prélevé, cubique, suffisamment profond, est excisé au niveau du bord de l'ulcère.

L'examen microscopique confirme le diagnostic ; il s'agit d'un épithélioma de la langue, du type pavimenteux lobulé à globes épidermiques. La réaction inflammatoire du tissu conjonctif entre les masses épithéliales est modérée ; ceci explique peut-être l'absence de retentissement ganglionnaire appréciable.

Intervention le 24 août 1911. L'opération pratiquée, un peu atypique, comprend : 1° la section du pilier gauche du voile du palais, sans ligature préalable, qui donne lieu à une abondante hémorragie ; 2° la section dans le sens antéro-postérieur de la moitié de la langue, dont l'attache postérieure a été libérée, en prenant soin que cette incision antéro-postérieure de la pointe à la base siège largement au delà des limites du mal.

Il reste après cette intervention un lambeau de langue que l'on replie de façon à pratiquer une suture, face cruente contre face cruente. On obtient ainsi un moignon de langue que l'on fixe avec un fil à l'extérieur par mesure de précaution.

Les suites opératoires sont bonnes, sans accident local ou général.

Le 29 août, la plaie est en bon état, l'appétit est bon.

Le 18 septembre, la malade sort en très bon état.

Le 20 novembre, nous avons eu de ses nouvelles. La malade est complètement guérie et ne présente aucune récidive.

Observation II

(M. H. Morestin. — *Bull. de la Soc. de chirurgie,* 1910, p. 387. *In* Gayraud, Thèse Montpellier, 1911.)

Cancer de la langue chez un jeune homme de 18 ans.

Les cancers de la cavité buccale sont, chacun le sait, extrêmement rares chez les sujets jeunes. En voici pourtant un exemple indiscutable :

Le malade que je vous présente n'avait pas 19 ans, quand il a été opéré par moi, d'un cancer de la langue accompagné d'adénopathies cervicales. Il est entré le 10 février dernier, dans mon service de l'hôpital Tenon, salle Nélaton, 17, m'étant adressé par notre collègue, M. Ravaut. Il présentait sur le bord droit de la langue un cancer absolument typique : large ulcération végétante, couverte de formations papillaires fines et irrégulières, saignotant au plus léger frottement, reposant sur une tumeur s'enfonçant dans la profondeur de l'organe, entourée d'un bourrelet dur, présentant des stries vasculaires. Çà et là on aperçoit, à la surface de l'ulcère, des points blancs dont la pression fait sourdre des ver-

miothes. La langue est encore très mobile. La lésion apparente est comparable, par son volume, à une noix. Elle siège sur la partie moyenne du bord droit. Le jeune homme a constaté l'existence de la lésion quatre mois environ avant le moment où nous l'observons. Il déclare n'avoir pas eu la syphilis. Il n'en présente d'ailleurs aucune trace, et la réaction de Wassermann, recherchée par M. Ravaut, est demeurée négative. Sur la muqueuse buccale on ne peut découvrir la plus petite leucoplasie. On note, dans la région sous-maxillaire, un ganglion augmenté de volume, arrondi, dur, mobile. Un certain empâtement de la région carotidienne supérieure laisse entendre qu'il existe sous le sterno-mastoïdien d'autres glandes engorgées, plus volumineuses encore.

L'état général est médiocre. Le sujet est pâle et d'apparence chétive. Pourtant, sa santé habituelle est bonne ; l'affection actuelle est sa première véritable maladie. Je décide de l'opérer en deux temps.

Le 16 février, je pratique l'évidement très complet des loges ganglionnaires cervicales du côté correspondant à la lésion. J'enlève donc la glande sous-maxillaire avec les ganglions correspondants, tous les ganglions des chaînes carotidiennes antérieure et postérieure avec leur atmosphère cellulo-graisseuse et j'évide de même le creux sus-claviculaire.

De nombreux ganglions sont déjà considérablement altérés et manifestement cancéreux, quoique peu volumineux encore. En raison de leur adhérence au sterno-mastoïdien et à la veine jugulaire interne, je suis contraint de sacrifier ces deux organes.

Je termine en pratiquant la ligature de la carotide externe, de la faciale et de la thyroïdienne supérieure.

Les suites sont très simples, et le 28 février je com-

plète l'intervention par l'ablation de la moitié droite de la langue et du plancher buccal. Je réincise à cet effet la partie antérieure sous-maxillaire de la cicatrice ; j'amène la langue dans la plaie sus-hyoïdienne, la sectionne dans son plan médian jusqu'à l'os hyoïde et supprime exactement la moitié droite avec toute la muqueuse du plancher, à droite de la ligne médiane, la glande sublinguale correspondante et toute la graisse au-dessus du mylo-hyoïdien, muscle que j'ai dû sectionner naturellement pour attirer la langue.

Cette fois encore, la cicatrisation est obtenue rapidement et le 22 mars notre malade peut quitter l'hôpital avec sa plaie parfaitement fermée.

Le 2 mars il avait eu 19 ans.

Je n'insisterai pas sur la question opératoire, en particulier sur la technique de l'extirpation des ganglions, technique dont j'ai donné récemment un résumé dans les *Bulletins de la Société anatomique* (mars 1910).

Je me bornerai à faire remarquer que l'ablation du sterno-mastoïdien n'a laissé aucune gêne notable dans les mouvements de la tête et du cou, et que la résection de la jugulaire interne n'a eu aucune fâcheuse conséquence. C'est d'ailleurs la trente-septième fois que je fais la résection unilatérale de ce gros tronc veineux sans voir survenir aucun accident.

Le point intéressant de cette observation est assurément le jeune âge du sujet, qui avait 18 ans seulement quand la maladie a commencé, et qui a été opéré avant d'avoir 19 ans.

Pour ma part, tous les malades atteints de cancer de la langue que j'ai vus, et ils sont aujourd'hui nombreux, étaient de beaucoup plus vieux. Notez que, dans ce cas, il ne saurait persister aucune espèce de doute sur le

diagnostic. Il était évident cliniquement ; l'examen macroscopique des pièces confirmait de la façon la plus nette les impressions fournies par la clinique ; enfin, l'étude microscopique, faite avec soin par M. Ravaut et notre interne commun Verdun, a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma pavimenteux à globes cornés vulgaire.

Observation III

(G. Variot, médecin des hôpitaux)

Epithélioma de la langue chez un garçon de 11 ans.

Au mois de juin 1893, le jeune Jules G..., âgé de 10 ans, se présentait au dispensaire de Belleville, conduit par sa mère. Il venait consulter pour une affection peu douloureuse de la langue dont le début était d'ailleurs impossible à fixer.

L'articulation des sons n'était pas troublée, mais l'enfant souffrait un peu pendant la mastication des aliments.

En faisant tirer la langue hors de la bouche, je remarquai que la forme et le volume même de la pointe étaient peu modifiés. En faisant tourner la pointe du côté du nez, je constatai une ulcération partant des bords et de la pointe sans empiéter sur la face supérieure. Cette ulcération occupait presque toute la face inférieure de la langue jusqu'au frein, spécialement à gauche, et descendant un peu à gauche sur la partie latérale du

frein. Cette ulcération était très légèrement saillante sur les bords, qui étaient taillés assez nettement. Le fond était rouge vif et bourgeonnant ; on distinguait sur ce fond trois ou quatre petits points jaunes gros comme de petits plombs. En touchant avec le doigt cette surface ulcérée, on ne provoquait que peu de douleur et les bourgeons ne saignaient pas facilement.

Si l'on prenait toute la pointe de la langue entre le pouce et l'index, on avait une sensation de fermeté et même de dureté dans toute la partie occupée par l'ulcération. Cette consistance n'était pas sans analogie avec l'induration fournie par un chancre syphilitique. Les dents de la mâchoire inférieure étaient saines. En outre, sur la face dorsale de la langue, à droite, à 1 centim. 1/2 en arrière de la pointe et près de la ligne médiane, existait une surface légèrement saillante de 2 cm. environ dans le sens antéro-postérieur, sur laquelle on distinguait des saillies arrondies semblables à des hypertrophies papillaires. Elles n'étaient pas ulcérées et avaient un aspect un peu translucide.

Cette lésion n'était pas en continuité avec l'ulcération de la face inférieure de la langue, et la muqueuse linguale dans cette région était également indurée quand on la pressait entre les doigts.

Tout le reste de la muqueuse buccale paraissait sain. Les ganglions du cou ne présentaient aucune hypertrophie. Les commémoratifs recueillis, sur cet enfant ou sur ses parents, n'étaient pas de nature à nous renseigner sur son affection linguale. L'enfant est habituellement bien portant ; à quatre ans il a eu une rougeole bénigne. L'état de la nutrition générale est bon. L'examen de la poitrine et du cœur est tout à fait négatif. Le père, depuis une fluxion de poitrine, serait sujet à

s'enrhumer. La mère jouit d'une excellente santé. Aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux à relever. Le jeune J. G... a eu quatre frères et une sœur. Un frère serait mort de congestion au cerveau ? Et trois autres de méningite ? Une sœur vivante âgée de 20 ans, saine, et ayant elle-même une petite fille bien portante.

Je fus très embarrassé pour déterminer la nature de cette ulcération sublinguale et des végétations de la face dorsale. Comme l'enfant avait les poumons tout à fait normaux et un état général satisfaisant, comme d'autre part l'ulcération principale était presque indolente et reposait sur un base très indurée, sans adénopathie correspondante, il est vrai, bien que les bords fussent limités nettement, je pensai à un chancre syphilitique accidentel.

Mon collègue et ami le docteur Ch. Rémy inclinait pour une ulcération néoplasique.

Je conseillai néanmoins le traitement spécifique. Tous les jours une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, des badigeonnages de l'ulcération avec de la glycérine phéniquée à 3 pour 30 et des lavages fréquents de la bouche avec une solution d'acide borique. Pendant un mois environ ce traitement fut suivi sans modification apparente de l'ulcération, et sans que je puisse voir sur la peau ou sur les muqueuses aucun signe revélateur de la syphilis.

Toujours incertain sur le diagnostic de l'affection, je conduisis l'enfant à la Société médicale des Hôpitaux au commencement du mois de juillet pour le soumettre à l'examen de mes collègues. La majorité de ceux qui l'examinèrent, notamment Hallopeau et Chauffard, s'appuyant surtout sur la présence des points jaunes,

pensèrent qu'ils s'agissait d'une ulcération de nature tuberculeuse.

Depuis cette époque j'ai perdu l'enfant de vue ; il n'est revenu au dispensaire de Belleville qu'au commencement du mois d'avril 1894, c'est-à-dire 10 mois après le premier examen. L'état général s'est maintenu très bon, mais l'état de la langue s'est à peine modifié ; en se reportant à la description que nous venons de faire, on aura une idée exacte de l'ulcération sublinguale et des végétations de la face dorsale en 1894.

Les poumons sont sains ; aucune tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. L'enfant est très indocile et ne veut accepter aucun traitement ; c'est même pour cette raison qu'il a refusé, l'an dernier, d'aller trouver M. le Dr Rémy, chirurgien du dispensaire de Belleville, auquel je voulais le confier. C'est donc avec grand'peine que nous sommes parvenus au commencement d'avril, mon interne M. Chabry et moi, à exciser un petit lambeau de la surface ulcérée avec des ciseaux.

Examen microscopique fait par M. Chabry, interne à l'hôpital Hérold, et confirmé par moi.

Le fragment enlevé aux ciseaux à la face inférieure de la langue a été fixé par l'alcool absolu, puis coupé après réfrigération. Coloration des coupes au picro-carmin. Montage dans la glycérine.

A un faible grossissement (object. 2 Dumaige), la surface de coupe est sillonnée par des trabécules imbriqués irrégulièrement qui ont pris plus fortement le carmin. Entre ces trabécules, des tractus d'un ton rosé plus clair. Dans quelques plaies, de grosses vacuoles remplies d'une substance jaunâtre offrant la teinte des hématies.

A plus fort grossissement (object. 6 Dumaige, ocul. 3),

on constate que les trabécules fortement colorés sont entièrement constitués par des assises de cellules épithéliales polyédriques. Le noyau de quelques-unes des cellules paraît bourgeonnant ; quelques cellules sont pourvues de deux noyaux. Sur bon nombre de cellules, la périphérie présente l'aspect dentelé habituel dans les cellules épidermiques. La ligne de démarcation des cellules épithéliales et des tractus du tissu conjonctif est extrêmement nette bien qu'il n'existe pas de membrane basale à proprement parler. Les tractus faiblement colorés séparant les cellules épithéliales sont formés de fibres conjonctives parsemées de cellules fixes sans accumulation d'éléments embryonnaires. En aucun point on ne voit de groupement de cellules embryonnaires ni follicules pouvant rappeler les follicules tuberculeux. Nous n'avons pas observé de globes épidermiques, mais, par places, des modifications des cellules épithéliales qui paraissent s'allonger et se tasser.

Les vacuoles jaunâtres sont remplies de globules rouges du sang. Quelques vacuoles semblables sont vides probablement par suite des manœuvres dans la préparation.

Le diagnostic anatomique d'après l'examen du fragment excisé n'est pas douteux : Epithélioma ayant vraisemblablement comme point de départ la couche de revêtement de la face inférieure de la langue.

Observation IV

(Prise dans le service de M. le professeur Forgue. *In* Martin, Thèse Montpellier, 1906)

Jean A..., 30 ans, couché au n° 8 de la salle Delpech.

Tout le bord gauche de la langue est transformé en une ulcération plate avec des bourgeons d'une assez bonne apparence et quelques points anfractueux plus profondément ulcérés, au niveau desquels on voit des grumeaux purulents. L'ulcération a une largeur de 3 centimètres et une longueur de 6 centimètres. Les bords en sont élevés, irréguliers, durs. Le doigt apprécie l'existence d'une induration de la moitié droite de la langue jusqu'à la ligne médiane, induration sans tendance au ramollissement et dont la pression ne fait pas sortir de pus.

Le plancher buccal est le siège d'ulcérations bourgeonnantes, avec des détritus jaunâtres. Toute la région sous-maxillaire est tuméfiée ; un ganglion ramolli au niveau duquel la peau est amincie et rouge, et qui donne issue à une sérosité jaunâtre, grumelleuse, occupe la région sous-angulaire. Au-dessus et en avant de lui on trouve de petits ganglions durs ; la masse est assez immobile sur les plans profonds.

Observation V

(J. Arnott. — *Medic. Chir. Trans.*, London, 1839, XXII. — *Arch. gén. de Méd.*, mars 1840, t. VIII, p. 103, *in* Th. Maisonneuve.)

Tumeur cancéreuse de la langue occupant la moitié de cet organe. Ligature. — Guérison.

Hannah H..., âgée de 15 ans, fut admise à l'hôpital de Middlesex, le 8 mai 1838. Elle avait le côté droit de la langue occupé par une tumeur qui faisait saillie au-dessus et au-dessous de la surface de cet organe et s'étendait en arrière jusqu'à un demi-pouce de l'isthme du gosier, s'engageant par les côtés entre les arcades dentaires. Le volume et la forme générale de cette tumeur se rapprochaient assez de celui d'un œuf de poule, mais sa surface était irrégulière, sa couleur était pourpre et dans quelques points seulement d'un gris jaunâtre, ce qui tenait sans doute à l'épanchement de lymphe sous la muqueuse de la langue. A la partie postérieure, existaient des excroissances de forme verruqueuse, tandis qu'en avant ces saillies avaient l'apparence de vésicules. Dans toute son étendue, cette tumeur était dure, solide et résistante à la pression ; la douleur était vive et se prolongeait jusque vers l'oreille. De fréquentes pertes de sang avaient lieu par la partie malade ; elles étaient surtout déterminées par les attouchements, mais elles s'arrêtaient d'elles-mêmes. Les ganglions lymphatiques de cette région n'étaient pas développés et la malade

avait du reste bonne mine Elle n'avait jamais été menstruée.

Cette jeune fille et sa mère s'accordent à dire que la maladie s'est développée, il y a neuf ans environ. Une tumeur bleuâtre, du volume du bout du doigt à peu près, apparut d'abord à la surface de la langue ; elle resta stationnaire pendant six semaines environ, mais bientôt, par l'influence des pilules que la malade prit pour guérir des accès nerveux, la tumeur eut un accroissement rapide.

On purgea la malade qui fut soumise au traitement ioduré, mais sans succès. L'affection semblant rebelle à la médecine, je me décidai à avoir recours à une opération chirurgicale. La tumeur continuait à augmenter et remplissait la concavité du palais, ainsi que l'espace sublingual ; elle occupait 2 pouces et demi en longueur, un pouce 3/4 en épaisseur, réduisant ainsi à une bandelette la moitié gauche de la langue. En tirant la langue hors de la bouche et à gauche, on peut tracer les limites de la tumeur, en passant le doigt le long de son bord externe. A sa partie moyenne et supérieure les excroissances de nature verruqueuse enveloppaient tellement le côté gauche de l'organe qu'il était impossible de distinguer le sillon qui existe ordinairement dans cette partie. La présence de ces excroissances et surtout la proéminence de la tumeur même rendaient difficile de limiter la partie postérieure et supérieure de la tumeur. On y arrive cependant. L'affection n'avait pas encore envahi inférieurement la totalité de la base. La malade avait été réglée, mais sa santé générale se détériorait.

Opération (6 juin). — La malade sortit le 10 juillet, sans que rien pût faire craindre une récidive. Les mouvements de la langue sont bornés par une espèce de cicatrice attachée à l'extrémité de la bouche et son sommet

ne peut être porté au delà des dents. La malade grasseye un peu.

Observation VI

(Maubert et Pagniez. — *Bull. et Mém. Soc. anat.*, 1902, 6e sem.)

Cancer de la langue avec généralisation au poumon chez une femme de 23 ans.

Cette femme est entrée en octobre 1901 dans le service du docteur Déjerine à la Salpêtrière pour un trismus très accentué datant d'un mois et survenu le lendemain d'un accouchement à terme. Ce trismus très accentué, joint au gonflement de la langue qui augmente, rend l'alimentation très difficile. De la bouche s'écoule une salive abondante, visqueuse ; l'haleine est extrêmement fétide et exhale une odeur gangréneuse. Entre les arcades dentaires dont l'écartement maximum n'atteint guère que 5 à 6 millimètres, on aperçoit la langue qui paraît volumineuse, déprimée par des empreintes dentaires du côté droit ; du côté gauche de la langue apparaît une sorte de substance à parois grisâtres que l'exploration avec la sonde cannelée révèle molles et pulpeuses.

Le 18 octobre, on écarte les arcades dentaires sous le chloroforme et, la bouche ouverte, on aperçoit alors une énorme perte de substance portant sur toute la partie antérieure gauche de la langue qui a été complètement détruite. Cette cavité ulcérée, gangréneuse d'aspect, qui s'étend en arrière jusqu'aux dernières grosses molaires

et empiète même sur la muqueuse alvéolaire à ce niveau, est remplie de débris sphacélés, noirâtres, qu'on enlève par la pince. Le reste de la langue est souple, ne révèle pas d'induration, sauf au niveau des bords de la cavité qui sont un peu plus résistants. L'odeur est infecte, absolument gangréneuse.

Un fragment est prélevé au niveau de la portion dorsale de la langue à la limite de l'ulcération. Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, l'examen histologique du fragment biopsié, fixé dans le sublimé et coloré à l'hématoxyline-éosine, révéla qu'il s'agissait d'un cancer. La coupe, qui intéressait à la fois la muqueuse de la face dorsale restée saine et le bord de l'ulcération, montre des globes épidermiques nombreux, siégeant sous la muqueuse, une infiltration inflammatoire très étendue avec une désintégration accentuée des éléments normaux, des fibres musculaires principalement qui ont presque disparu. Les vaisseaux congestionnés et enflammés ne sont pas thrombosés.

L'existence d'un cancer était en contradiction aussi bien avec l'apparence objective, l'absence d'induration nette au niveau des bords, l'intégrité des ganglions, qu'avec les arguments de probabilité tirés de l'âge et du sexe de la malade.

Pendant quelques semaines encore, l'intégrité apparente des ganglions, l'absence d'induration du plancher de la bouche, semblèrent en contradiction avec le diagnostic histologique; mais bientôt les lésions progressèrent, les ganglions se prirent et la nature cancéreuse devint évidente au point de vue clinique. L'évolution fut dès lors rapide, et la malade mourut le 5 décembre après avoir présenté, outre la cachexie en rapport avec la nature de l'affection, les douleurs vives, irradiées aux

oreilles, les difficultés de l'alimentation, des généralisations au poumon.

L'autopsie révéla du côté de la bouche une destruction presque complète de toute la partie antérieure de la langue, une infiltration avec destruction très étendue de tout le plancher buccal, avec suppuration ayant fusé le long des muscles du cou jusqu'au voisinage du cou. Les deux poumons présentaient d'importantes lésions inégalement réparties. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de cancer du poumon à type de carcinome avec réaction inflammatoire très intense au voisinage des noyaux cancéreux.

Cette observation constitue la réunion de toute une série d'anomalies tant au point de vue du sexe qu'au point de vue de l'âge et au point de vue de la généralisation, contraire aux données classiques, qui spécifient l'absence de généralisation comme de règle dans le cancer de la langue, à cause de sa rapidité d'évolution.

Observation VII

(Mirault. — *Gazette médicale de Paris,* 9 août 1834, p. 507.)

Une jeune fille de 23 ans, de tempérament lymphatique, habitant la campagne, avait ses règles supprimées depuis quelques mois, lorsqu'au mois de janvier 1833, elle aperçut une tumeur qui se développait dans sa langue. Un officier de santé consulté prescrivit une application de sangsues aux cuisses et, en effet, les

règles revinrent, mais la tumeur linguale ne fit que s'accroître et enfin la malade fut amenée à Angers où M. Mirault la vit le 25 avril.

Alors on pouvait sentir dans l'épaisseur de la langue un noyau dur allant d'un côté à l'autre, se prolongeant à gauche jusqu'au pilier antérieur du voile du palais et éloigné de six lignes seulement de celui du côté droit ; la malade ressentait des élancements, les glandes sub-linguales étaient engorgées ; on diagnostiqua un cancer.

D'ailleurs, la vie simple et pieuse de la jeune fille écartait tout soupçon de syphilis.

Cependant, dans l'espoir d'obtenir la résolution, on résolut de tenter des applications de sangsues sous la langue. La malade retournée chez elle se mit donc à deux reprises quatre sangsues à cet endroit, mais la tumeur, grossissant toujours, la força à revenir à Angers le 14 mai.

Alors la langue avait un tel volume qu'elle remplissait la bouche, elle était couverte d'ulcérations et de végétations saignantes, la parole et la déglutition étaient difficiles. Pas de fièvre.

Opération (17 mai). — L'examen de la pièce démontra que c'était un cancer encéphaloïde.

Observation VIII

(Gensoul.— *Arch. gén. de Méd.*, 1829.)

Louise C..., jardinière, âgée de 27 ans, d'un tempérament bilieux, à la suite d'écorchures réitérées de la lan-

gue déterminées par les bords aigus d'une dent cariée, ressentit des douleurs lancinantes dans cette partie. La plaie résultant de ces déchirures répétées se cicatrisa d'abord, mais peu à peu cette partie de la langue se tuméfia et forma une tumeur ulcérée à son sommet. L'engorgement fit des progrès, les douleurs devinrent plus vives, l'ulcération s'étendit davantage et, le 15 juin 1828, la malade entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon, 4 mois environ avant le début de la maladie. Il existait alors 3 ulcérations arrondies, dont 2 plus grandes occupaient le bord gauche de la langue, présentant dans leur fond une couche grisâtre et des bords pâles, arrondis, durs. Ces ulcérations étaient très rapprochées entre elles. En comprimant la langue suivant son épaisseur, on reconnaissait que la tumeur ulcérée s'étendait presque jusqu'au raphé ; cette tumeur était tuberculeuse et d'une dureté carcinomateuse, s'étendant d'avant en arrière dans une longueur de 2 pouces et demi à partir de la pointe de la langue. Les parties environnantes étaient saines, les ganglions lymphatiques sous-maxillaires étaient à peine tuméfiés, la dent cariée, cause première de la maladie, ne présentait plus de bords tranchants, la gencive la recouvrait entièrement. Quelques douleurs lancinantes, passagères, survenaient à intervalles éloignés, de même que des hémorragies peu abondantes. Ces diverses circonstances semblaient indiquer que l'altération était circonscrite, et conséquemment son ablation possible. M. Gensoul y procéda le 28 juin.

La malade sortit parfaitement guérie, le 6 septembre suivant.

Observation IX

(Gaillard. — Thèse, Paris, 1880)

Aline X..., 30 ans, entrée à la Charité, dans le service de M. Trélat, le 3 mai 1879.

Dans les premiers jours de janvier, sous le contact de mauvaises dents, survint sur le bord droit de la langue une ulcération petite et saignant au moindre contact. La malade salive beaucoup et la mastication devient douloureuse. Il y a un mois, la malade remarque à côté de cette ulcération une petite tumeur très dure à la pression. Elle s'ulcère et donne issue à de la sanie fétide et sanguinolente, et se confond bientôt avec la première ulcération. La mastication devient de plus en plus difficile, et la malade ne mange plus que des potages. La malade a une hémorragie grave qui l'amène à l'hôpital où, en l'examinant, on trouve une ulcération étendue occupant la base du côté droit de la langue. Ganglion sous-maxillaire, ligature élastique après chloroforme.

Le lendemain, peu de douleur. Langue tuméfiée. Déglutition difficile. Pas de fièvre. Chute de la tumeur le onzième jour. Une partie du néoplasme reste en arrière de la section ; on l'enlève au galvano-cautère. L'artère linguale saigne. Ligature dans la plaie. Guérison.

Observation X

(T.-E. Hayward et R.-G. Henderson. — *Lancet*, 6 juillet 1901. *In* Piquantin, Thèse de Paris, 1905-1906.)

Case of multiple epithelioma of the tongue in a woman aged 25 years, resulting in spontaneous amputation of the greater part of the organ.

Jeune femme de 25 ans, mère de trois enfants. Pas d'antécédents héréditaires du cancer, sauf de grands-parents éloignés. Pas de syphilis. A la fin de l'année 1900, ou vers le début de l'année suivante, la malade eut une ampoule du bord gauche de la langue qui s'ouvrit au contact des molaires et devint fort douloureuse. Un médecin consulté lui fit enlever plusieurs dents. Un examen du tissu ulcéré, pratiqué alors, fut négatif quant au cancer. Cependant l'ulcération augmenta rapidement, et, le 23 mars 1901, époque où les auteurs l'examinèrent pour la première fois, elle se présentait sous l'aspect d'une caverne profonde d'un demi-pouce de diamètre et d'un pouce ou plus de profondeur dans la direction de l'os hyoïde, à parois rigides, mais sans induration. Il y eut une forte hémorragie qu'on arrêta par un tamponnement. Mais ce tamponnement faisant frotter la langue à droite pendant quatre jours, sur une dent pointue et cariée, détermina une tumeur de la grosseur d'un pois et très douloureuse qui s'ulcéra profondément, bien qu'on eût enlevé encore deux dents, et vint rejoindre l'ulcération de gauche. On découvrit aussi, dans la région du frein, un

ulcère étroit et malin. L'état de la malade ne permit pas une opération. Le 4 mai, la portion antérieure de la langue se détacha spontanément, sans hémorragie ; la malade en sortit de sa bouche un morceau d'un pouce de long, de la pointe à la base, et d'un quart de pouce de large à la base qui était légèrement oblique. Le bout de la langue était devenu noir par gangrène au début. Le plancher de la bouche était couvert de noyaux grisâtres et limité par une paroi ulcérée qui représentait le bord libre de la racine de la langue.

La malade, dont l'opium administré largement avait prolongé l'existence de deux mois, succomba le 15 juin d'épuisement dû aux douleurs, aux hémorragies abondantes et au défaut d'alimentation. Quelques jours avant sa mort on pouvait constater qu'une profonde excavation s'étendait à gauche le long du maxillaire jusqu'à l'isthme du gosier et jusqu'aux amygdales. L'os lui-même était carié et épaissi. A droite, l'ulcération était moins profonde.

Le plancher de la bouche était plat et parsemé de nodules et la racine de la langue était représentée par une barrière peu saillante de tissu avec une dépression médiane permettant de voir tout le pharynx. L'affection a évolué en 18 mois environ ; et bien que depuis longtemps on n'eût aucun doute sur sa malignité, on fit l'examen microscopique pour confirmer le diagnostic. Les coupes montrèrent qu'on avait affaire à un épithélioma à cellules squameuses ayant envahi déjà le tissu musculaire. On ne trouva pas de lésion syphilitique. Ce cas présente un intérêt exceptionnel. D'abord à cause de l'âge de la malade. Le cancer de la langue est certainement rare au-dessous de 30 ans. Butlin n'en signale que 6 cas, 3 chez l'homme et 3 chez la femme. Dans ce cas, l'affec-

tion a débuté à 24 ans et demi, mais on ne saurait affirmer qu'elle était maligne dès le début.

Un fait curieux à signaler, c'est qu'au-dessous de 30 ans le cancer de la langue frappe les deux sexes dans la même proportion, tandis que, passé cet âge, elle n'est plus que de 15 p. 100 chez la femme.

Le caractère multiple des lésions est aussi à noter dans cette observation. On a pu constater trois centres distincts d'ulcération maligne : 1° un grand ulcère originel ; 2° l'inflammation aiguë du bord droit de la langue qui, de jour en jour, a pris un caractère malin et dont un fragment a été soumis à l'examen microscopique ; 3° l'ulcération du frein s'étendant en arrière. Chacune de ces ulcérations était cliniquement maligne, bien qu'une seule ait été déterminée au microscope. D'après Butlin, on connaît un certain nombre d'épithéliomas doubles, mais pas de triple. On peut expliquer ce cas unique par une tendance héréditaire à l'affection cancéreuse qui a frappé des « *loci minoris resistentiæ* », le bord droit de la langue s'étant ulcéré par une dent pointue, ce qui arrive assez fréquemment. Contrairement à l'axiome : « *Sublatâ causâ, tollitur effectus* », l'ulcération s'est graduellement transformée en tumeur maligne. De même pour le frein. L'infiltration continuelle d'une suppuration extrêmement irritante et peut-être infectieuse a certainement diminué la vitalité des tissus et leur mort. L'amputation spontanée de la plus grande partie de la langue par l'action combinée de ces lésions paraît être aussi un fait unique, mais d'une explication très simple. Les deux ulcères des bords opposés se sont rejoints à travers le dos de la langue par une tranchée verticale, rencontrant le troisième ulcère s'étendant en arrière depuis le frein, le long du plancher de la bouche.

Observation XI

(Warrington Haward. — *In* Piquantin, *loc. cit.*)

An exceptional case of epithelioma of the tongue in a woman.

La malade entra le 5 janvier 1894 à l'hôpital Saint-Georges, dans le service de M. Warrington Haward. C'était une femme de 23 ans paraissant bien portante, sans antécédents tuberculeux ni syphilitiques. Six semaines auparavant, elle eut un léger mal de gorge et remarqua un gonflement du bord droit de la langue. Un mois après, on lui enleva des chicots de molaires cariées au maxillaire inférieur droit. Elle portait un râtelier au maxillaire supérieur depuis 2 ans.

A l'examen, à son entrée à l'hôpital, le bord droit de la langue très en arrière portait une infiltration ovalaire de la grandeur d'un shilling, à surface blanchâtre, irrégulière et saillante. Pas de ganglions. Le dos de la langue était normal. Ablation de chicots cariés au maxillaire supérieur droit. Traitement à l'iodure de potassium et au calomel.

Quinze jours plus tard, il se développe un nodule du volume d'un pois cassé sur le dos de la langue, à environ un demi-pouce de l'ulcère originel. On tint consultations et l'on diagnostiqua un épithélioma ; une petite portion ayant été prélevée et examinée au microscope avait permis de constater qu'il s'agissait d'un

épithélioma à cellules épidermiques. Ablation de la moitié droite de la langue avec l'écraseur à chaîne. Ganglions quinze jours après, près de l'angle maxillaire. La malade fut envoyée trois semaines en convalence à l'hôpital de Wimbledon, et l'on constata ensuite des ganglions cervicaux. Le docteur Livingston nous fit savoir que la tumeur récidiva dans l'amygdale droite et dans la cicatrice à la fois. La malade ne pouvait plus ouvrir la bouche. Les ganglions cervicaux suppurèrent et la malade s'anémia considérablement ; elle mourut 10 mois après l'opération, un peu plus d'un an après la première apparition de l'affection.

Observation XII

(Keyser. — *Med. Times and Hosp. Gazette*, 1904. *In* Piquantin, *loc. cit.*)

Epithelioma of the tongue in women with notes of twelve cases.

Obs. IV. — Annie N., 23 ans, entrée à l'hôpital Saint-Georges le 5 janvier 1894. Depuis 6 semaines, douleurs et bouton sur le bord droit de la langue. Porte un râtelier au maxillaire supérieur depuis 2 ans. Pas de syphilis. A l'examen, on découvre un ulcère saillant et très dur, à surface irrégulière et blanchâtre, du côté droit de la langue en arrière. Pas de ganglions. Le 19 janvier, on aperçoit un noyau gros comme un pois cassé sur le dos de la langue, près de l'ulcère. Ablation de la moitié droite de la langue le 27. La tumeur examinée au micro-

scope fut reconnue être un épithélioma à cellules squameuses. Récidive dans les amygdales et les ganglions du cou. Mort le 4 décembre.

Observation XIII.

(*In* Piquantin. — Thèse de Paris, 1905.)

Jonathan Hutchinson, chirurgien à London Hospital, dans un travail récent (The diagnosis of epithelioma of the mouth from tertiary syphilitic and other lesions, *Practitioner*, 1903, 1er sem.), a eu l'occasion d'observer un exemple frappant de développement précoce d'épithélioma de la langue chez une jeune fille de 19 ans. Elle portait un noyau dur et suspect sur le bord de la langue. Il fut excisé et les coupes microscopiques révélèrent qu'on avait affaire à un cancer épithélial, ce qui fut confirmé par une récidive *in situ* qui obligea à une seconde excision et à un nouvel examen microscopique confirmant le premier. La malade, revue 2 ans plus tard, ne présentait aucune récidive.

Le sexe et l'âge font de ce cas une observation probablement unique.

Observation XIV

(Jahr. — Thèse Iéna, 1903. *In* Piquantin, *loc. cit.*)

Sidonie O..., 21 ans, fille d'un cultivateur d'Oberlemnitz, par Lobenstein. Entrée le 17 janvier 1893, sortie le 7 février 1893. Pas de tuberculose dans la famille. Il y a 3 ans, elle avait toujours le nez bouché. Il y a 9 mois, on lui cautérisa la langue ; il s'y forma de petites vésicules blanches. Le médecin pensa qu'elle s'était déchiré la langue avec une dent pointue. L'ulcère se développa lentement. La patiente en a toujours souffert, mais elle pouvait cependant manger et parler.

Personne forte ; le dos du nez est un peu rentré, mais il doit toujours avoir été tel ; cœur et poumons normaux. Aucune trace de syphilis. Sous l'angle du maxillaire droit, on perçoit deux glandes grosses comme une fève, dures et sensibles ; sous l'angle gauche, deux plus petites. Sur le bord droit de la langue, à 3 centimètres en arrière de la pointe, on découvre un ulcère à bords durs et surélevés de 3 centimètres de long, avec un écoulement sanieux.

Les dents sont très grosses, recouvertes de tartre, mais ni dentelées, ni cariées.

Opération. Examen microscopique : Carcinome. Revenue à l'hôpital le 11 avril 1895, sortie le 20 juin 1895. La malade vient pour une glande de la grosseur d'une noisette qu'elle porte sur le bord de la mâchoire.

Ce n'était pas une dégénérescence cancéreuse. En juin 1902, la patiente était en parfaite santé.

Observation XV

(Chassaignac. — Soc. de Chirurgie, 1848.)

A revu une femme de 28 à 30 ans à qui il avait fait l'ablation il y a 4 ans de la moitié de la langue atteinte de cancer évident. Pas de récidive.

CONCLUSIONS

I. — Le cancer de la langue se rencontre rarement chez les jeunes. Mais sa fréquence réelle jusqu'à 30 ans est assez difficile à établir, faute de statistiques à ce sujet.

II. — Alors que chez les vieux cette affection est surtout l'apanage des hommes, chez les jeunes le sexe féminin est également atteint ; la proportion de femmes serait même peut-être un peu plus forte que celle des hommes.

III. — Le cancer lingual des jeunes paraît surtout avoir pour causes : les irritations mécaniques locales, l'hérédité ou une influence diathésique quelconque.

IV. — La symptomatologie n'est en rien modifiée par la jeunesse du sujet.

V. — Le pronostic serait rendue plus sombre par suite

de l'évolution plus rapide et plus aiguë du cancer chez les jeunes.

VI. — L'âge du sujet peut faire errer le diagnostic dont la précocité est une des conditions essentielles du succès.

VII. — Le traitement réside toujours dans l'ablation totale et précoce de la production morbide.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANGER (Th.). — Thèse d'agrégation, 1872.

BRUNEL. — Thèse de Montpellier, 1908-1909.

BUTLIN. — Maladies de la langue (Traduit de l'anglais par le docteur Douglas Aigre *in* Publications du Progrès médical, 1889, p. 258.

CAPETTE. — Thèse de Paris, 1906-1907.

CHASSAIGNAC. — Soc. de chirurgie, 1848, p. 22.

CUXAC. — Du cancer épithélial de la langue (Thèse Montpellier, 1870).

DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.

FORGUE. — Précis de pathologie externe, t. II.

GAYRAUD. — Thèse de Montpellier, 1911.

GAILLARD. — Thèse de Paris, 1880.

GENSOUL. — Archives générales de médecine, 1829.

MARTIN. — Thèse de Montpellier, 1906.

MAISONNEUVE. — Tumeurs de la langue (Thèse d'agrégation, 1848).

MAUBERT et PAGNIEZ. — Cancer de la langue avec généralisation au poumon chez une femme de 23 ans (Bull. et Mém. Soc. anat., 1902.

MIALLET. — Thèse de Paris, 1865.

Mirault. — Nouveau procédé pour la ligature de la langue affectée au cancer (Gaz. méd. de Paris, août 1834).

Morestin. — Le cancer de la langue chez la femme (Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris, janvier 1905).

Ollivier. — Thèse de Montpellier, 1877.

Piquantin. — Thèse de Paris, 1905-1906.

Variot.— Journal de chirurgie et de thérapeutique infantiles, 1894.

Varnier. — Thèse de Montpellier, 1896.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 23 janvier 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 23 janvier 1912.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
